

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

ANNÉE 1930

N° 42

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1930

par

LANTOINE René, Né à Bourlon (P.-de-C.) le 7 Mars 1890

DE LA LUXATION DU GLOBE OCULAIRE

CHEZ LE CHIEN

JURY :

Président : M. TERRIEN, Professeur à la Faculté de Médecine

Asseseurs : { M. COQUOT } Professeurs à l'Ecole Nationale Vétérinaire
{ M. BRESSOU } d'Alfort

ROUBAIX
BOITTIAUX & DELPLACE
Rue de l'Hospice, 19

1930

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT VÉTÉRINAIRE
(DIPLOME D'ÉTAT)



Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1930

par

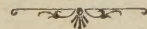
LANTOINE René, Né à Bourlon (P.-de-C.) le 7 Mars 1890

DE LA LUXATION DU GLOBE OCULAIRE
CHEZ LE CHIEN

JURY :

Président : M. TERRIEN, Professeur à la Faculté de Médecine

*Assesseurs : } M. COQUOT } Professeurs à l'Ecole Nationale Vétérinaire
 } M. BRESSOU } d'Alfort*



ROUBAIX
BOITTIAUX & DELPLACE
Rue de l'Hospice, 19

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Directeurs honoraires : MM. P.-J. CADIOT et H. VALLÉE

Directeur : M. E. NICOLAS

Professeurs honoraires : MM. G. BARRIER, Inspecteur général honoraire des
Écoles Vétérinaires, P.-J. CADIOT, A. RAILLIET, H. VALLÉE.

PROFESSEURS ET CHARGÉS DE COURS

Anatomie descriptive des animaux domestiques	MM. BRESSOU
Physiologie, thérapeutique générale	MAIGNON
Physique & Chimie médicales, toxicologie, pharmacie	NICOLAS
Parasitologie et maladies parasitaires; Zoologie	HENRY
Pathologie médicale des équidés et des carnassiers, clinique; sémiologie et propédeutique, jurisprudence	ROBIN
Pathologie chirurgicale des équidés et des carnassiers, clinique; anatomie chirurgicale, médecine opératoire et ferrure	COQUOT
Pathologie bovine, ovine, caprine, porcine et aviaire, clinique; médecine opératoire, obstétrique	LESBOUYRIES
Pathologie générale et microbiologie, maladies microbiennes et police sanitaire, clinique	PANISSET
Histologie et embryologie, anatomie pathologique; autopsies.	PETIT
Zootéchnie et économie rurale	DECHAMBRE
Agronomie, botanique et hygiène; matière médicale.	{ DECHAMBRE & HENRY
Industrie et contrôle des produits d'origine animale.	VERGE

Professeur Agrégé : M. LESBOUYRIES

Chef de Travaux Agrégé : M. SIMONNET

Chefs de Travaux : MM. MONVOISIN — MOUSSU (R)

La Faculté de Médecine et l'Ecole Vétérinaire déclarent que les opinions émises
dans les dissertations qui leur sont présentées, doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elles n'entendent leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TERRIEN

de la Faculté de Médecine de Paris

A MES JUGES

Messieurs les Professeurs COQUOT et BRESSOU

de l'École Nationale Vétérinaire d'Alfort

A MES ANCIENS MAÎTRES

de l'École Nationale Vétérinaire de Lyon

A MONSIEUR LEBAS, *Maire de Roubaix*

et à ses Adjoints

Avec l'hommage de mon respectueux dévouement



A MONSIEUR LE D^r RIVIERE

Directeur des Services d'Hygiène de la Ville de Roubaix

Cordial hommage

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE - A MA SŒUR

A MON BEAU-PÈRE M. G. NEVEUX

Ingénieur des Travaux Publics

Directeur des Travaux municipaux de la Ville de Roubaix

A MA FAMILLE — A MES AMIS

A MES CAMARADES DE PROMOTION

en Souvenir de quatre années d'internat

— 9 —

A MA FEMME



Aspect du chien atteint de luxation du globe oculaire

DÉFINITION

A priori, et pour une personne non avertie, la luxation du globe oculaire chez le chien ne paraît peut-être pas constituer une entité morbide bien caractérisée ou plutôt indiscutable.

En effet, à la suite de traumatismes violents, chez le chien, chez les autres animaux et aussi chez l'homme, il est possible de constater la sortie du globe oculaire de la cavité orbitaire. Mais celle-ci est accompagnée d'autres lésions de gravité égale ou même plus grande, de traumatismes étendus et de délabrements considérables ; fractures multiples des divers os qui constituent la cavité orbitaire, arrachements musculaires, déchirures cutanées, hémorragies abondantes, etc... L'ectopie du globe oculaire est dans ces cas une lésion parmi d'autres lésions, et il s'agit ici de délabrements épouvantables que beaucoup de médecins et de vétérinaires ont été amenés à constater pendant la dernière guerre.

Chez le chien, il est possible, sinon fréquent, de rencontrer des sujets qui, à la suite d'un traumatisme quelquefois violent, d'autres fois assez léger (surtout dans les races naines) présentent une ectopie totale du globe oculaire sans qu'aucune autre lésion importante puisse être relevée, autour de celui-ci. L'œil a jailli semble-t-il de son orbite intacte, comme un bouton jaillit à travers sa boutonnière sous la pression des doigts, et il y a pour un observateur non averti une disproportion surprenante et inexplicable entre l'importance de la lésion du globe oculaire et l'absence presque totale de lésions du côté de la cavité orbitaire et de la face.

L'étude anatomique de la cavité orbitaire, du globe oculaire et des paupières chez les animaux domestiques, chez les carnivores et en particulier chez le chien, permet d'expliquer la facilité relative de la luxation du globe oculaire chez cet animal et d'expliquer pourquoi cet accident, rencontré très probablement par tous les vétérinaires dans cette espèce, n'est pas signalé, à notre connaissance, chez les autres animaux domestiques, sauf chez le chat dont la région oculaire se rapproche beaucoup de celle du chien et chez le lapin, animal dont le globe oculaire est encore moins bien protégé que celui des carnivores.

Il est possible de rencontrer dans toutes les espèces animales la hernie plus ou moins complète du globe oculaire ou exophtalmie. On la rencontre par exemple, chez des sujets atteints de goître exophtalmique, chez des sujets porteurs de néoplasies primitives ou secondaires de la cavité orbitaire, voire même de kystes parasitaires. Cette exophtalmie peut même être totale comme dans l'affection d'origine traumatique qui nous intéresse. Les professeurs Cuillé et Sendrail signalent dans le Recueil d'Alfort de 1899, un cas d'exophtalmie complète chez la vache, dû au développement d'un sarcome encéphaloïde dans la cavité orbitaire. Il ne s'agit là que d'exophtalmie, lésion à évolution plus ou moins rapide, mais à évolution progressive.

La luxation du globe oculaire chez le chien, rendue possible par des dispositions anatomiques propres à cet animal, qui se produit dans des conditions bien précises, et qui s'accompagne de lésions caractérisées, est, à notre avis, une entité pathologique bien définie dans cette espèce, et non un simple accident, ou exclusivement une lésion.

**PARTICULARITÉS ANATOMIQUES
QUI PRÉDISPOSENT LE CHIEN A LA LUXATION
DU GLOBE OCULAIRE**

Alors que chez l'homme la cavité orbitaire est délimitée entièrement par des parois osseuses (frontal, sphénoïde, os malaire, os inguis, ethmoïde et maxillaire supérieur), chez les animaux domestiques, largement ouverte en haut et en dehors sur le squelette, elle communique toujours avec la fosse temporale et elle n'est pas toujours circonscrite à son orifice par une arcade solide, entièrement osseuse.

Délimitée à son entrée par le frontal et son apophyse orbitaire, le lacrymal, l'os malaire et par une petite partie de l'apophyse zygomatique du temporal, elle ne possède pas en haut et en dehors de parois osseuses ; c'est un cornet fibreux qui chez les animaux domestiques complète la cavité orbitaire et la sépare de la fosse temporale. Ce cornet fibreux, dénommé gaine oculaire, s'attache par son fond au pourtour de l'hiatus orbitaire, il se fixe en avant sur la face interne de l'orbite et se prolonge au delà du sourcil extérieur de ce contour osseux, pour constituer la membrane fibreuse des paupières, il est plus épais du côté externe que du côté interne qui répond à une paroi osseuse.

Le pourtour orbitaire qui est entièrement osseux chez les équidés et les ruminants, grâce à l'apophyse orbitaire du frontal qui constitue la plus grande partie de son contour externe et qui est jetée comme un pont du frontal à l'arcade zygomatique, ne l'est plus chez les carnivores domestiques. Chez le chien, l'apophyse orbitaire du frontal est très réduite et c'est simplement un ligament fibreux qui constitue le pourtour de l'orbite dans sa partie externe. Chez le chat, l'apophyse orbi-

taire un peu plus développée que chez le chien, s'allonge vers l'arcade zygomatique dont une apophyse tend à rejoindre l'apophyse orbitaire sans toutefois y aboutir. Un ligament fibreux réunit les deux saillies osseuses et ferme le pourtour orbitaire. Le globe oculaire chez le chien est relativement volumineux plus particulièrement dans les petites races telles que les épagneuls nains, les griffons bruxellois et brabançons, king Charles, etc... Dans ces races naines, il est à l'état normal presque en exophtalmie débordant nettement le bord supérieur de l'orbite et encore davantage le bord inférieur surplombant la face qui est nettement fuyante.

Il en est un peu de même chez le chat, bien que le bord inférieur de l'orbite forme nettement une gouttière très prononcée, sur laquelle semble venir se reposer la partie inférieure du globe oculaire.

Les paupières, par la contraction du muscle orbiculaire viennent protéger par leur rapprochement le globe oculaire, mais elles ne peuvent constituer un obstacle sérieux à la luxation du globe oculaire surtout chez le chien. Chez ce dernier, dans les races naines, elles paraissent être moins développées que dans les autres races, ce qui joint à la procidence plus forte du globe oculaire chez les premières, fait réunir chez elles toutes les conditions propices à la luxation qui nous occupe. L'orbite par elle-même ne peut constituer un obstacle à la luxation oculaire, ses diamètres verticaux et horizontaux étant de beaucoup supérieurs aux diamètres correspondants du globe oculaire et son pourtour étant très en retrait du pôle antérieur de l'œil.

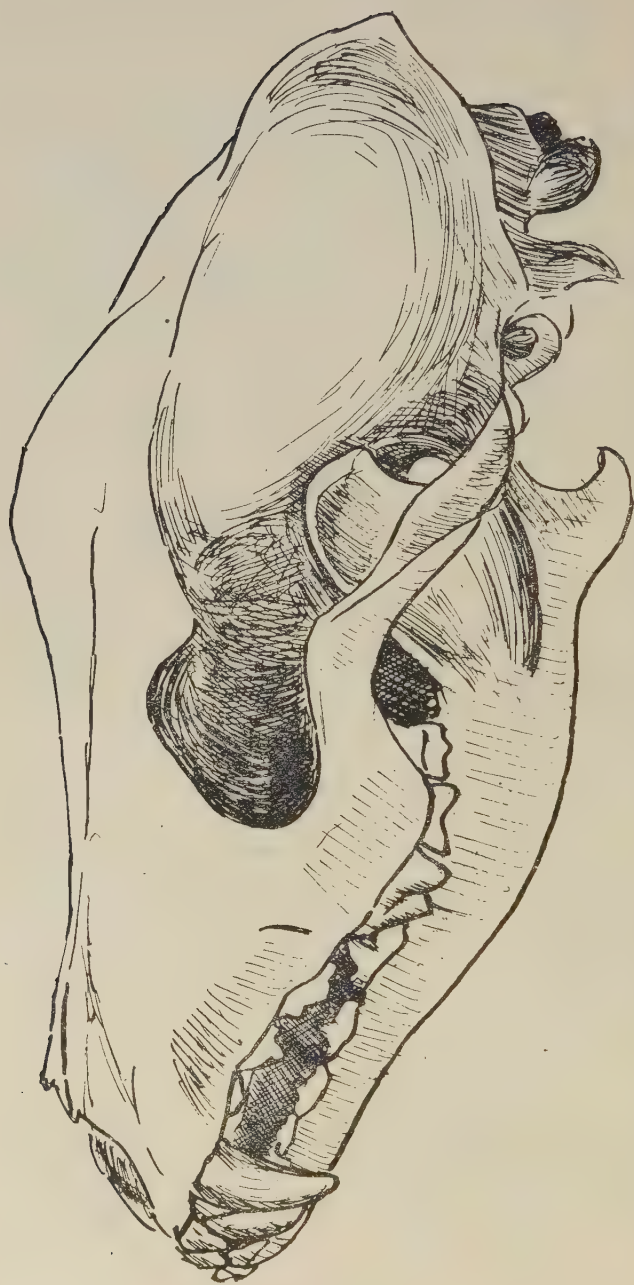
Nous voyons donc que chez le chien sont réunies au maximum toutes les conditions anatomiques favorables à la luxation du globe oculaire. C'est d'abord

l'absence de paroi osseuse dans la partie externe de la cavité orbitaire, la disparition du pont osseux formé par l'apophyse orbitaire du frontal et son remplacement par un ligament fibreux dans le pourtour orbitaire ; c'est ensuite la procidence du globe et la faiblesse des paupières, particulièrement remarquable dans les races naines — à tel point que, d'après Gray, « chez les tout petits épagneuls, il suffit parfois de tirer la peau de la tête et du cou en arrière pour provoquer la luxation, et quand on procède à la remise en place d'un œil, c'est l'autre qui se luxe ». (Nicolas — Ophtalmologie vétérinaire et comparée.)

Nous n'avons pas constaté pareille aptitude à la luxation du globe oculaire dans ces races, mais chez bien des sujets de race bruxelloise et brabançonne on a très nettement l'impression en appuyant le pouce sur la partie inférieure extraorbitaire du globe et l'index sur la partie supérieure, qu'il suffirait d'un très faible effort pour rejoindre les deux doigts en arrière du globe, celui-ci étant de ce fait projeté hors de la fente palpébrale.

D'autre part, la fosse temporale qui surmonte l'orbite sur le squelette est largement ouverte chez le chien en haut et en dehors ; elle est comblée par le muscle crotaphyte ou temporal, très développé chez les carnivores mais qui ne peut évidemment atténuer les chocs violents, ni arrêter leur transmission au globe oculaire aussi fortement que le ferait une paroi osseuse.





La cavité orbitaire et la fosse temporale chez le chien sont confondus sur le squelette. ~ L'arcade orbitaire est incomplète

ETIOLOGIE — EXPERIMENTATION

Dans bien des cas, le propriétaire d'un chien qui est amené présentant un globe oculaire enûclé, n'a pas assisté à l'accident dont le mécanisme a été très rapide. Le chien échappé pendant quelques minutes à la surveillance de son maître, rentre à la maison, porteur d'une lésion grave, dont l'aspect horrifiant suscite chez celui-ci les plus graves appréhensions quant au pronostic de l'accident.

Sur les neuf cas personnellement observés et traités, dont nous avons souvenance, la cause de la luxation du globe oculaire a pu être connue six fois. Cette cause a été pour deux cas, une bataille entre deux chiens ; pour trois cas, un traumatisme par automobile, les chiens blessés ayant roulé sous le véhicule ; dans le sixième cas, où l'étiologie a pu être établie, la cause incriminée était un coup de bâton violemment donné sur la région de la fosse temporale, en arrière de l'orbite.

Dans ces six cas à étiologie bien établie, le caractère le plus saillant de la luxation du globe oculaire a été la soudaineté de son apparition ; la luxation a été réalisée avant que le propriétaire du chien atteint ait pu envisager la possibilité de pareil accident.

Il semble que les deux conditions les plus favorables à l'apparition de la luxation soient les suivantes :

1° Lors d'un combat entre deux chiens, ou de l'attaque d'un chien par un autre chien, une action combinée des deux mâchoires de l'animal mordeur sur le globe oculaire, aboutissant à une pression simultanée en arrière du limbe scléro-cornéen, à la partie supérieure et à la partie inférieure de l'œil, c'est-à-dire

à deux endroits diamétralement opposés, fait surgir par sa violence le globe oculaire hors de la fente palpébrale. Aussitôt après, la contraction du muscle orbiculaire des paupières en amenant un rapprochement spasmodique de celles-ci fixe l'œil dans la position nouvelle qu'il vient de prendre, rendant impuissante la contraction des muscles droits et postérieur qui pourrait tendre à ramener l'œil dans son orbite.

2° A l'occasion d'un choc sur la région de la fosse temporale, une pression transmise à la face postérieure du globe oculaire, sans atténuation suffisante par le muscle crotaphyte, détermine la projection de l'œil en dehors de la fente palpébrale.

Cette étiologie a été observée dans un cas que nous rapportons, cas où le traumatisme de la fosse temporale fut déterminé par un coup de canne violent. Il est probable que, dans les trois cas observés, où la luxation du globe oculaire fut causée par l'action contondante d'un véhicule automobile sous lequel les blessés avaient roulé, la contusion de la fosse temporale et de l'arcade orbitaire en fut la cause.

Pour saisir le mécanisme de cette luxation dans le premier cas, c'est-à-dire lors de morsure, il suffit sur un chien de race naine, un brabançon par exemple, d'essayer de prendre le globe oculaire entre le pouce et l'index de la même main, au-dessus de la paupière supérieure et au-dessous de la paupière inférieure ; on arrive très facilement à toucher deux endroits du globe oculaire diamétralement opposés dans la région équatoriale, et on a l'impression très nette qu'il suffirait d'une pression assez faible pour énucler l'œil de l'orbite ; à condition toutefois que cette pression soit exécutée assez rapidement pour surprendre l'animal et pour éviter toute défense réflexe.

Il est à noter que dans l'exécution du geste décrit ci-

dessus le pouce et l'index ne sont nullement gênés par le rebord de la cavité orbitaire — ce qui aurait lieu chez l'homme. C'est que chez le chien, près de la moitié du globe oculaire et quelquefois même plus de la moitié de celui-ci est normalement en dehors de la cavité orbitaire (races naines, brabançons, bruxellois, king Charles, pékinois, etc.).

Quiconque voudra bien faire l'expérience ci-dessus sera vite convaincu et n'aura nullement besoin de la pousser plus loin.

Sur un chien brabançon, destiné à être sacrifié à la demande de son propriétaire, nous avons essayé, après anesthésie au chloroforme, de reproduire la luxation du globe oculaire par le mécanisme indiqué ci-dessus et nous avons très facilement obtenu la sortie de l'œil de son orbite, celle-ci étant facilitée par le relâchement des muscles de la gaine orbitaire et de l'orbiculaire des paupières.

Mais cette luxation n'était pas entièrement comparable à celle qui s'observe naturellement, la raison en était dans le relâchement du muscle orbiculaire des paupières qui joue un rôle important dans la luxation naturelle. Ce muscle par sa contraction énergique après la sortie du globe oculaire à travers la boutonnière palpébrale, fixe celui-ci dans la position anormale qu'il vient d'acquérir ; il s'agit là d'une contraction réflexe, dûe probablement à la douleur éprouvée, qui constitue le principal obstacle à la réduction de la luxation.

Le rôle de l'orbiculaire des paupières est mis bien en évidence au cours du traitement. Si on cherche à faire rentrer l'œil dans l'orbite, avant d'avoir obtenu le relâchement musculaire total qui caractérise l'anesthésie profonde, le seul obstacle à la réduction réside dans la persistance d'une certaine contractibilité dans l'orbiculaire des paupières ; et au moment précis où le globe

oculaire est recouvert par les paupières libérées celui-ci semble tiré vers le fond de la cavité orbitaire comme par un ressort de rappel, qui, après avoir été bloqué au pourtour orbitaire serait brusquement libéré.

Ceci indiquerait que les muscles droits (supérieur, inférieur, externe et interne) et le muscle droit postérieur ou choanoïde par leur contraction intense, pourraient s'opposer à la sortie du globe oculaire. Pratiquement il n'en est probablement rien, en raison de la rapidité extrême avec laquelle se produit la luxation, celle-ci se trouvant réalisée avant que la contraction réflexe des muscles ait eu le temps de se déclancher.

L'expérimentation, si elle ne permet pas de reproduire la luxation du globe oculaire avec ses caractères naturels a tout au moins l'avantage de nous renseigner sur le mécanisme naturel de celle-ci.

Il nous reste à étudier le mécanisme de la luxation du globe oculaire lorsque celle-ci est due à un choc violent de la fosse temporale (coup de bâton, traumatisme par véhicule automobile).

En expérimentant sur des cadavres nous n'avons pu obtenir la sortie du globe oculaire de son orbite qu'à la condition de supprimer par le bistouri la moitié au moins du muscle crotaphyte. A cette condition seulement la hernie de l'œil a pu être réalisée par des chocs portant sur la région de la fosse temporale. Et nous douterions de la possibilité de la luxation du globe oculaire par traumatisme de cette région si nous n'avions eu à soigner un cas (observation VIII) où cette étiologie était indiscutable.

Il nous semble d'ailleurs presque impossible de ne pas rapporter à cette cause les trois cas que nous avons observés, dans lesquels les animaux atteints avaient roulé sous une automobile. Nous avons d'ailleurs dans ces trois cas noté une vive sensibilité de cette région.

Dans un cas où l'animal atteint fut sacrifié, sur le désir du propriétaire (observation V) à l'autopsie nous trouvâmes une hémorragie de la gaine oculaire et des hémorragies diffuses du crotaphyte.

A notre avis, la masse volumineuse du muscle crotaphyte chez le chien atténue dans une grande proportion la violence des coups qui y sont portés, mais elle transmet néanmoins ceux-ci à la face postérieure du cornet orbitaire et du globe oculaire, incontestablement bien moins protégé qu'il le serait si la paroi de la cavité orbitaire était entièrement osseuse.

La disparition du pourtour osseux à la partie externe du pourtour orbitaire chez les carnivores, par suite de la réduction extrême de l'apophyse orbitaire du frontal, et de son remplacement par un ligament fibreux fait que chez ces animaux, un choc de cette région est moins amorti qu'il le serait chez les solipèdes et les ruminants, et se trouve transmis facilement à la partie postérieure du globe oculaire.

SYMPTOMES ET LÉSIONS

Les symptômes et les lésions de la luxation du globe oculaire seront décrits en même temps, les symptômes étant ici confondus avec les lésions.

L'ectopie du globe oculaire est ici la lésion essentielle, capitale ; mais elle n'est pas la seule, car l'organe luxé n'a pas toujours gardé son intégrité anatomique, surtout lorsque le malade est présenté quelques heures ou même un jour après l'accident.

Lorsque l'accident est récent, on est surpris de trouver un organe aussi délicat, énuclé de son abri naturel à si peu de frais pourrait-on dire et les altérations sérieuses de la surface du globe oculaire que l'on peut observer dans certains cas sont plutôt dues au laps de temps qui s'est écoulé depuis l'accident qu'à celui-ci même. Une seule fois il nous a été donné de constater la déchirure nette de la cornée, bien que la résistance de celle-ci aux traumatismes soit faible, très faible même par rapport à celle de la sclérotique. Cela s'explique assez facilement car nous avons vu que l'ectopie était due à un traumatisme violent de la région sus et post-orbitaire, ou à une pression concordante sur les deux pôles inférieurs et supérieurs du globe oculaire ; dans ces deux cas le traumatisme a porté plutôt sur la sclérotique que sur la cornée, et il est connu que la sclérotique résiste à des pressions considérables sans se rompre. Un choc violent de la cornée tendrait d'ailleurs à provoquer le refoulement du globe oculaire dans l'orbite et bien souvent amènerait sa rupture.

Il est possible et même probable que la déchirure de la cornée que nous avons constatée dans ce cas était une lésion secondaire, postérieure à la luxation et non

primitive. L'organe hernié, privé de ses moyens naturels de protection, est l'objet de traumatismes secondaires, auxquels il résiste peu, du fait de sa constitution délicate.

Il y a d'abord perte de la transparence de la cornée, lésion due en premier lieu à l'augmentation rapide de la tension oculaire, consécutive à des troubles importants de la circulation sanguine, en particulier dans la circulation de retour. On peut provoquer expérimentalement cette altération de la cornée sur un œil prélevé à un cadavre, aussitôt après la mort, alors que la cornée n'a encore subi aucune altération cadavérique ; en pressant le globe oculaire entre deux doigts, ce qui détermine brusquement une augmentation de la pression intra oculaire on voit la cornée devenir opalescente puis blanchâtre, cette altération étant d'autant plus marquée que l'on considère un point plus rapproché du limbe scléro-cornéen.

Le trouble de la cornée est augmenté par la dessiccation qui apparaît très rapidement, la cornée n'étant plus humectée par la sécrétion des glandes lacrymales comme en temps normal à la faveur des mouvements des paupières. Une autre cause d'altération de la cornée est l'accumulation sur celle-ci de poussières et de particules diverses venues du milieu extérieur.

On ne trouve jamais d'hémorragies ni d'ecchymoses sur la cornée et ceci n'est pas pour nous étonner car il est bien établi que normalement cette membrane ne possède pas de vaisseaux sanguins ; à l'état pathologique on peut constater une vascularisation de la cornée, mais cette vascularisation n'apparaît que tardivement. Par contre sur la sclérotique, ou plutôt entre celle-ci et la face interne de la conjonctive, nous avons toujours relevé, aussitôt après le traumatisme une hémorragie en nappe, très étendue, ne laissant même plus apercevoir

la teinte blanche de la sclérotique ; si l'accident remonte à plusieurs heures on perçoit en plus un œdème plus ou moins prononcé de cette zone. La teinte rougeâtre que présente alors la sclérotique, ajoutée à l'aspect blanchâtre et dépoli de la cornée et au volume inattendu de l'organe ectopié, donne à la lésion ainsi constituée un aspect nettement repoussant. Par suite de la propulsion du globe oculaire, les sinus conjonctivaux ont disparu ; il ne nous a pas été donné de constater de déchirures de la conjonctive.

Les lésions que nous venons de décrire sont celles que l'on constate à la surface de l'œil, mais que s'est-il passé à l'intérieur de celui-ci ? Il semble que les lésions internes soient rares, du moins primitivement, car s'il nous a été donné d'en constater comme suites de la luxation du globe oculaire, nous n'en avons pas observé au moment où les malades nous étaient présentés. Mais nous ne prétendons pas qu'on ne puisse en rencontrer primitivement, et il est probable que dans d'autres cas, des lésions telles que des hémorragies de la chambre antérieure, la luxation du cristallin aient pu être rencontrées.

Des altérations peuvent être rencontrées également dans les muscles moteurs de l'œil et dans la gaine oculaire. Au cours d'une autopsie que nous avons pratiquée nous avons trouvé une infiltration hémorragique du muscle droit postérieur et quelques caillots hémorragiques dans la gaine oculaire.

Quant au nerf optique, il est probable que son allongement déterminé par la hernie du globe oculaire nuise à l'intégrité de sa fonction, ou puisse déterminer des décollements de la rétine, mais la perte de la vision n'étant pas la règle absolue pour l'œil atteint, il est à présumer que, dans certains cas, cet allongement est

faible, et ne peut amener de lésions graves de cet organe.

Dans les cas que nous avons observés nous n'avons relevé aucune lésion de la partie osseuse de la cavité orbitaire, ni des lésions graves de la peau, ni d'œdème volumineux de la région traumatisée ; les paupières avaient presque toujours gardé leur minceur et ne présentaient pas de déchirures.

TRAITEMENT

Le traitement comprend d'abord le traitement de la luxation ou traitement d'urgence et ensuite le traitement des complications.

Nous n'envisagerons ici que le traitement d'urgence et nous ne traiterons naturellement du traitement des complications qu'après étude de celles-ci.

Deux éventualités se présentent :

1° Le globe oculaire a subi des altérations graves, primitives ou secondaires, telles que la conservation de celui-ci ne peut être envisagée, tout au moins sans une petite chance pratique de succès.

2° Le globe oculaire n'a subi que des altérations légères, dessèchement de la cornée, traumatismes légers, hémorragies de la sclérotique, etc... C'est le cas de beaucoup le plus fréquent.

Dans le premier cas, le globe oculaire présente par exemple, une déchirure de la cornée ou de la sclérotique avec sortie des milieux de l'œil, écoulement de l'humeur aqueuse, hernie de l'iris ; nous n'avons pas rencontré de luxation du cristallin mais cette lésion est possible.

La conduite à tenir dans ce cas paraît s'imposer : il faut énucler un organe trop endommagé pour pouvoir être conservé, d'abord parce que la panophtalmie paraît inévitable et à un autre point de vue, par esthétique.

L'énuclation du globe oculaire est d'ailleurs dans ce cas rapidement réalisée, car il n'est pas rare que d'aussi graves lésions de l'œil soient accompagnées de déchirures des muscles moteurs de l'œil et il n'y aura le plus souvent qu'à régulariser des dégâts. Si l'œil seul a

été touché, et si sa conservation paraît impossible, l'énucléation sera pratiquée par le procédé classique, après anesthésie locale ou après anesthésie totale. Il y aura lieu après cette opération, pour masquer l'aspect inesthétique de l'orbite vidée de son œil, de pratiquer la suture des paupières, bord à bord. Mais, si cette suture n'offre pas de difficultés, il ne s'en suit pas qu'elle donnera automatiquement de bons résultats : il faut compter avec l'indocilité naturelle de nos malades, conséquence presque forcée de leur incompréhension, et les frottements avec la patte répétés jusqu'à plein succès, arrivent souvent à bout des meilleurs pansements et des sutures les plus solides.

Aussi, chaque fois qu'on le pourra et même dans les cas presque désespérés, il y aura lieu de tenter la conservation du globe oculaire en appuyant cette manière de voir sur le fait que la présence dans l'orbite d'un globe oculaire endommagé est presque toujours préférable au point de vue esthétique à sa vacuité.

Il faut tenir compte du fait que les cicatrices du globe oculaire, chez les animaux du moins, sont en règle générale au bout de quelques mois, bien moins inesthétiques qu'on l'aurait supposé. Pour notre part nous avons été souvent très agréablement surpris, lorsque des sujets que nous avions traités pour déchirure de la cornée, ulcère cornéen perforant, nous ont été présentés six mois ou un an après la fin du traitement. Nous avons vu ainsi des cicatrices graves de la cornée, des taies opaques et étendues regresser petit à petit sans aucun traitement et ne laisser finalement sur la cornée que des lésions assez minimes et très acceptables au point de vue esthétique. En général, ces sujets revus un an après présentaient une atténuation encore plus marquée des cicatrices.

Il y a lieu de tenir compte aussi de la conformation

de la partie normalement apparente de l'œil qui, chez le chien, est toujours beaucoup moins compliquée que chez l'homme. On distingue mal en général chez le chien, l'ouverture de la pupille ; la coloration de l'iris est souvent très foncée et ce n'est pas sans quelque exactitude, ni sans quelque mérite d'observation, que l'un de nos clients comparait les yeux de son chien brabançon à des boutons de bottine. Du fait de cette simplicité apparente, les lésions internes graves de l'œil sont toujours beaucoup moins apparentes chez le chien que chez l'homme. De plus, lorsqu'après cicatrisation l'œil a perdu de son volume, il en résulte un affaissement des paupières, qui, parfois réussit à cacher une taie par trop apparente.

En général, après une lésion grave de la cornée, lorsque la guérison remonte à quelques mois au moins, l'importance de la cicatrice et son aspect inesthétique dépendent moins de la surface de celle-ci que de sa coloration. Bien souvent elle se détache nettement en blanc porcelaine sur un fond presque noir et elle serait beaucoup moins visible sans cette opposition de teintes.

Mais la nature fait parfois bien les choses et nous avons vu de grosses taies laiteuses, fortement opaques, mais récentes, ne plus laisser comme trace, un an plus tard, qu'un nuage bleuâtre sur la cornée.

Se basant sur toutes ces considérations, il y aura lieu selon nous de tenter dans presque tous les cas la conservation d'un globe oculaire gravement lésé et de ne se résoudre à son ablation, que dans le cas de panophtalmie désespérée.

Dans un autre cas, et c'est de beaucoup à notre avis et d'après notre expérience, le plus fréquent, le globe oculaire ectopié ne présente pas d'altérations graves de sa surface ; la cornée est simplement desséchée, dépolie,

quelque peu éraillée, la sclérotique est le siège de vastes ecchymoses, celles-ci souvent la cachent entièrement.

Il y a lieu de réduire le plus tôt possible la luxation, d'abord pour éviter des lésions secondaires parfois très graves de la cornée et pour opérer avant qu'un œdème important de la région puisse venir compliquer la réduction. Celle-ci ne nous a jamais offert de grandes difficultés, bien qu'à nos débuts nous l'ayions tentée sans grand espoir de réussite.

Nous avons toujours opéré après anesthésie totale par le chloroforme, d'abord pour épargner à l'animal une souffrance nettement évitable et parce que l'anesthésie, par la résolution musculaire qu'elle entraîne, facilite de beaucoup la réduction de la luxation. Abstraction faite de la douleur intense que provoquerait la réduction tentée sans anesthésie préalable, la contraction spasmodique de l'orbiculaire des paupières serait un grave obstacle à la réduction ; il suffit pour s'en convaincre, de se rendre compte de l'énergie avec laquelle ce muscle, pourtant faible, se contracte désespérément lorsque, un corps étranger s'étant introduit sous les paupières, on cherche à vaincre sa résistance pour examiner la cornée et les sinus conjonctivaux.

Le chien étant anesthésié, par des pressions progressives exercées à la surface de l'organe ectopié, celui-ci étant préservé du contact des doigts de l'opérateur par une épaisse couche de gaze à pansement enduite de vaseline, on cherche à obtenir la rentrée de l'organe à l'intérieur de la cavité orbitaire. Il est inutile de chercher à recouvrir d'abord celui-ci avec les paupières car il est impossible de saisir le bord de celles-ci ; et, le pourrait-on, la traction effectuée serait trop irrégulière pour permettre le recouvrement du globe oculaire. Par ailleurs pour avoir un résultat durable, pareille manœuvre devrait

être entreprise en même temps sur l'autre paupière, ce qui serait assez difficile.

Ceci ne pourrait d'ailleurs être tenté que dans le cas d'œdème à peine déclaré des paupières, c'est-à-dire dans les cas où l'intervention est rapide, et à la faveur d'une anesthésie poussée à fond pour obtenir un relâchement musculaire total, et, étant donné la brièveté de l'intervention il est préférable, pour éviter les dangers possibles de l'anesthésie, d'opérer dès le début de celle-ci.

La surface du globe oculaire offre aux pressions exercées sur elle par les extrémités digitées de l'opérateur pendant la réduction, une résistance inattendue. On est surpris lors des premières interventions par l'intensité des pressions que peut supporter une membrane d'apparence aussi frêle que la cornée. Mais il est bien entendu toutefois que ces pressions, pour énergiques qu'elles puissent être, doivent être progressives et réparties le plus uniformément possible sur la plus grande surface possible.

Sous l'influence de ces pressions, et bien souvent sans que rien ne puisse faire présager un résultat immédiat, l'œil reprend tout à coup sa place normale dans l'orbite et on a l'impression d'un obstacle brusquement surmonté. Au moment où l'œil ectopié réintègre la cavité orbitaire, il semble avoir été happé dans cette cavité comme si il y avait entre lui et le fond du cornet orbitaire un ressort exagérément tendu, qui, brusquement, ait été libéré.

A ce moment les paupières reprennent d'elles-mêmes leur position normale, la réduction est terminée.

L'aspiration du globe oculaire vers le fond de l'orbite qui se produit au moment précis où l'œil passe à travers la fente palpébrale, est due à la contraction brusque des

muscles droits de l'œil et du muscle choanoïde qui, jusque là hypertendus se contractent brusquement au moment de leur libération. Cela est possible car, comme nous l'avons dit, en raison de la brièveté de l'intervention, nous opérons dès le début de l'état anesthésique, avant que le relâchement musculaire total soit obtenu.

Au moment de la production de la luxation du globe oculaire, ces muscles devraient donc constituer un obstacle à celle-ci. En raison de la soudaineté de l'accident, ils n'ont sans doute pas le temps de se contracter et d'autre part ils sont trop peu développés pour pouvoir s'opposer à la force propulsive qui énuclé l'œil.

Avant de pratiquer la réduction, la surface du globe oculaire aura reçu les soins qu'elle nécessite, étant donné qu'après l'intervention, une notable partie de celle-ci ne sera plus accessible, directement du moins.

Il y aura lieu, dans tous les cas, de faire un lavage antiseptique du globe oculaire ; on aura même souvent à extraire de sa surface des souillures importantes, dues à de la terre, des débris végétaux, des poils, etc..., qui auront adhéré à la cornée desséchée.

Après la réduction, la conjonctive ayant été soumise à dure épreuve par la luxation, puisqu'elle a été tirée en arrière jusqu'au pôle postérieur de l'œil, il y a lieu de s'assurer du rétablissement des sinus conjonctivaux ce que l'on peut aisément faire avec le manche plat, mousse et aplati, d'un bistouri entièrement métallique. Celui-ci, après asepsie par flambage, est introduit entre les paupières et l'œil, et promené plusieurs fois à leur contact ; on rétablit ainsi sûrement l'intégrité des sinus conjonctivaux, sans difficulté.

Il est d'usage et de tradition de procéder ensuite à la suture des paupières, celles-ci n'étant point traversées dans toute leur épaisseur pour éviter le contact des

fil de suture et de la cornée, contact qui par la suite ne ferait qu'irriter la cornée déjà bien malmenée.

Deux points suffisent pour maintenir les paupières au contact l'une de l'autre. On laissera d'ailleurs à chaque extrémité de l'ouverture palpébrale ainsi modifiée et diminuée un espace libre pour l'écoulement des sécrétions lacrymales qui évacueront les dernières souillures restées adhérentes à la cornée, malgré le nettoyage qui a précédé la réduction.

A notre avis, et nous nous basons pour émettre cette opinion sur le mouvement de déclic, qui, à la fin de la réduction semble happer le globe oculaire pour le ramener dans l'orbite, cette suture ne serait pas de toute nécessité et il n'y aurait nullement lieu de craindre une récurrence, une nouvelle sortie du globe oculaire. Néanmoins, il est possible que cette suture soit vraiment indispensable, notamment dans le cas où les paupières fortement traumatisées rempliraient mal celle de leurs fonctions qui a pour objet de répartir uniformément la sécrétion lacrymale sur toute la surface de l'œil. D'autre part la suture des paupières est employée, parfois, pour le traitement des plaies de la cornée et de l'ulcère cornéen, complications que l'on rencontre souvent comme suite de l'affection qui nous occupe.

Chez certains chiens particulièrement indociles, qui, malgré la douleur que cela doit occasionner, n'hésitent pas à frotter l'œil malade, l'interposition forcée des paupières par la réalisation de la suture, mettra ces indociles à l'abri d'eux-mêmes.

Quant au pansement couvert que l'on pourrait appliquer, il sera dans la plupart des cas préférable de ne pas y recourir, d'abord parce que, pour beaucoup de sujets, il sera une excitation aux mouvements indésirables de frottement avec la patte et ensuite parce que

sur beaucoup de chiens à face très réduite — et l'accident se produit presque toujours sur ceux-ci — il sera difficilement réalisé et conservé. Et, dans la médecine des animaux le mieux est parfois l'ennemi du bien. Chez les sujets particulièrement indociles, on se trouvera bien de l'emploi du protecteur de Brusasco, d'une espèce de gangue réalisée en fort carton ou en bois contre-plaqué léger, — celle-ci étant d'assez grand diamètre pour empêcher réellement les malades de porter la patte à leur mal.

Les points de suture seront laissés en place de 4 à 6 jours ; il est préférable de ne pas dépasser cette durée de façon à pouvoir juger sans tarder des complications qui peuvent se produire et à les traiter le plus tôt possible.

Durant les quelques jours qui séparent le moment de la réduction de celui de la suppression de la suture, il y aura lieu de combattre l'œdème de la région, qui, forcément fait suite à un traumatisme de cette importance, par des compresses humides et chaudes, légèrement antiseptiques, aussi fréquentes et prolongées que possible.

Pour éviter les complications infectieuses du côté de la cornée, chaque praticien pourra employer, sous forme de collyres ou de pommades, les agents thérapeutiques qui lui paraîtront devoir donner les meilleurs résultats en se rapportant à son expérience personnelle et aux cas analogues précédemment traités. Pour notre part, nous recommanderons de ne pas utiliser de solutions médicamenteuses trop concentrées, les produits chimiques étant tous plus ou moins irritants, et de leur ajouter, chaque fois qu'il n'y aura pas incompatibilité, quelques gouttes d'une solution de cocaïne ou d'un de ses succédanés.

Notre confrère, le Docteur Vétérinaire Duclaux, de Versailles, qui a bien voulu nous communiquer les observations de quelques cas de luxation du globe oculaire qu'il a rencontrés, signale que dans un cas, sur un chien traité après anesthésie locale, il fut obligé pour obtenir la réduction d'agrandir la fente palpébrale par une petite incision faite à la commissure externe des paupières. Nous ne nous sommes jamais trouvé, pour notre part, devant pareille obligation.

A notre avis, nous croyons préférable de réduire la luxation du globe oculaire sans agrandir la fente palpébrale, étant donné que l'on peut faire supporter à la cornée des pressions qui peuvent être estimées pour elle considérables. Ces pressions, à notre avis, viendront toujours à bout de la résistance du muscle orbiculaire. Au besoin, on poussera l'anesthésie plus loin pour obtenir certainement son relâchement.

Nous ne conseillerons cette manière de faire que si la cornée présentait une solution de continuité grave, qui, sous l'influence des pressions exercées à sa surface s'agrandirait à coup sûr.

Le laps de temps qui s'est écoulé entre le moment de la production de la luxation et celui de la réduction, lors même que celui-ci est relativement considérable, n'est pas une contre-indication au traitement. Le Docteur Vétérinaire Mallet, de Paris, nous signale avoir soigné une fois un chien dont l'œil était sorti de la cavité orbitaire depuis trente-six heures, et avoir obtenu la guérison complète.

Pour notre part, dans un des cas traités avec le plus de succès, avec le minimum de suites, la luxation remontait à au moins trente-six heures.

SUITES ET COMPLICATIONS

LEUR TRAITEMENT

La réduction de la luxation du globe oculaire ayant été obtenue et les paupières étant suturées, la région intéressée présente une certaine déformation, une apparence œdémateuse que la gravité de l'accident explique amplement.

La question suivante se pose alors : que va devenir l'organe blessé et quel sera le résultat de l'intervention ? Quelles en seront les suites immédiates et les suites éloignées ?

Dans les cas les plus heureux, et ce ne sont pas toujours ceux où la réduction a suivi de près la luxation, l'inflammation œdémateuse s'atténue progressivement au bout de deux ou trois jours. La sécrétion lacrymale, d'abord abondante, se tarit peu à peu, aucune sécrétion muco-purulente ne vient encombrer les commissures palpébrales. Le malade, par son attitude délibérée, et par l'absence de manifestations douloureuses, témoigne du résultat satisfaisant de l'intervention.

Lorsque les points de suture sont enlevés, au bout de 4 à 6 jours, la cornée ne présente aucune perte de substance et seul un léger trouble, un faible aspect nuageux et légèrement bleuté, constituent tout le reliquat de la lésion grave dont l'œil traité était le siège quelques jours auparavant.

Il n'y a plus à craindre alors qu'une intervention intempestive du malade, qui, à ce moment, sous l'influence d'une certaine hypersensibilité de la cornée serait parfois tenté de frotter avec sa patte l'organe lésé, ce qui pourrait avoir pour conséquence le dépôt

sur la cornée vulnérable de germes microbiens dangereux.

Bien souvent l'emploi d'un collyre analgésique (co-caine ou succédanés) sera à conseiller pour parer à cet inconvénient.

Mais le cas le plus heureux que nous venons de signaler n'est pas — et on s'en doute — le cas le plus fréquent, et, dans la grande majorité des cas, c'est après l'enlèvement des points de suture que la tâche du praticien devient la plus délicate.

Des complications variées, superficielles ou profondes peuvent se présenter ; pour variées qu'elles soient, elles ont toutes un caractère commun : leur gravité.

Même dans les cas heureux, la conjonctive n'est pas sans présenter une certaine vascularisation anormale, un peu d'hyperémie, conséquence d'une légère infection. Cette congestion de la conjonctive qui disparaît rapidement si l'animal domine l'infection, persiste et s'accroît, si celle-ci vient à gagner la couche moyenne de la cornée.

La situation devient de suite plus grave et le pronostic s'assombrit. L'infection de la cornée est surtout à craindre lorsqu'on a constaté sur celle-ci, au moment de la réduction, des égratignures, des éraflures, des érosions épithéliales, les premières le plus souvent dues à des blessures secondaires et les dernières résultant du dessèchement de la cornée.

La cornée résiste mieux qu'on ne le croit généralement aux pertes de substance. Détruite partiellement, elle peut se régénérer et c'est ainsi qu'expérimentalement sur l'œil du lapin, Meyer-Wienert a pu enlever au bistouri la moitié ou les deux tiers de l'épaisseur de la cornée et a retrouvé celle-ci normale au bout de 4 à 6 mois, sans avoir fait de pansement, ni de traite-

ment. Il est à présumer que dans ces expériences l'infection de la surface oculaire avait été très modérée, ce qui n'est jamais le cas dans l'accident qui nous occupe.

L'infection de la cornée, favorisée par les éraillures et les érosions de celle-ci, se traduit immédiatement par la photophobie, le larmolement, le rapprochement presque continu des paupières qui semblent hésiter à se déplacer sur le globe oculaire. Puis il se produit une infiltration oedémateuse de cette membrane qui aboutit à la perte de sa transparence ; selon son abondance la cornée prend une teinte bleutée, opaline ou une apparence laiteuse. La cornée ensuite se vascularise par apparition de petits vaisseaux qui, partant de sa périphérie, se dirigent vers son centre. Ces vaisseaux proviennent, les uns, de la conjonctive (ils sont superficiels et très rouges, sinueux et ramifiés) ; d'autres, plus profonds, très fins et d'apparence gris-rougeâtre, très courts et serrés les uns contre les autres, disposés radiairement, proviennent des vaisseaux du corps ciliaire. La kératite inflammatoire, dont les lésions ci-dessus décrites constituent les symptômes, peut encore régesser spontanément, ou par une thérapeutique appropriée. Les lésions s'amendent peu à peu mais les vaisseaux néoformés qui ont envahi la périphérie de la cornée, ne sont résorbés qu'au bout d'un mois ou deux. L'oedème de la cornée diminuant, l'opacité de la cornée s'atténue peu à peu.

Quand l'inflammation de la cornée gagne en profondeur, on assiste au développement de l'ulcère de la cornée, déterminé par une perte de substance consécutive à la nécrose des couches superficielles. Il débute par une ulcération qui gagne rapidement et aboutit à une dépression le plus souvent nettement circulaire, à bords très nettement délimités et formant bourrelet.

Le point de départ de cette ulcération doit être très probablement une éraillure de la cornée, causée par le dessèchement de celle-ci lors de la luxation ou par une altération secondaire. Cet ulcère peut évoluer petit à petit vers la guérison, laissant comme trace une taie blanchâtre qui demandera de longues semaines pour s'atténuer. Dans le cas contraire, l'ulcère gagnant en profondeur, la membrane de Descemet, très fragile chez le chien, vient presque toujours faire hernie entre les bords de l'ulcère. A ce moment la rupture de cette membrane se produit presque à coup sûr, d'où écoulement de l'humeur aqueuse et affaissement de la vitre de l'œil. Si l'iris à ce moment n'est pas attiré dans l'orifice de la perforation, la cicatrisation de cette lésion ne donnera pas une taie plus importante que la cicatrisation de l'ulcère, mais souvent l'iris, au moment où la chambre antérieure se vide de son contenu, est aspiré dans l'ulcère et fait hernie au dehors. Dès lors, à moins d'une intervention délicate qui consiste dans l'ablation de la partie herniée de l'iris, laquelle libérera l'iris, celui-ci sert de point de départ à la cicatrisation qui le fixe définitivement à la cornée (synéchie antérieure).

Le cristallin peut être entraîné dans le déplacement de l'iris et l'œil est totalement perdu pour la vision ; souvent alors, les désordres intra-oculaires sont tels que la forme extérieure normale du globe oculaire n'est plus respectée. On constate souvent, par la suite, de l'hydrophtalmie. Le traitement de ces lésions devient bien aléatoire dans ses résultats.

Contre l'ulcère de la cornée, les oculistes préconisent dès le début du mal, sa cautérisation au thermocautère ou à la teinture d'iode, après anesthésie locale à la cocaïne. Cette cautérisation, bien faite, arrêterait l'évolution de l'ulcère, mais malheureusement c'est là une

arme à deux tranchants, bien délicate à manier, et dont l'emploi assuré nécessiterait une longue expérience.

On a préconisé aussi la suture des paupières ; ce procédé nous a donné de bons résultats dans un cas de luxation du globe oculaire compliqué de plaie de la cornée.

Dans le traitement de l'ulcère consécutif à la luxation du globe oculaire, le praticien aura le choix entre le traitement par les agents chimiques bactéricides et le traitement par les sérums microbiens. Comme nous le disions plus haut, il s'inspirera, dans son choix, de ses succès et de ses déboires préalables dans le traitement des affections oculaires.

La tension intra-oculaire étant bien souvent augmentée, nous recommandons particulièrement de lutter contre celle-ci par des instillations de collyre à l'ésérine.

D'autres complications peuvent évidemment être signalées comme suite de la luxation du globe oculaire.

Nous n'avons signalé ici que celles que nous avons personnellement rencontrées, et sans les décrire par le détail, nous avons cherché à en donner une description aussi exacte que possible et essayé de mettre sous les yeux l'acheminement des lésions observées vers la guérison ou l'aggravation.

Quelques-uns de nos accidentés ont pu être revus cinq et même six ans après la luxation du globe oculaire, période de temps qui, pour un chien, est importante. Ceux-ci étaient des malades chez lesquels les suites immédiates avaient été bénignes. L'un d'eux avait pourtant eu un ulcère de la cornée. Il ne nous a pas été donné de constater chez eux des troubles à échéance lointaine. La vision était conservée dans l'œil qui avait été luxé, le nerf optique avait donc gardé son intégrité.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION I. — Chien de race brabançonne, présenté porteur d'un globe oculaire ectopié.

L'accident remonte à la veille au soir, il y a dix-huit heures qu'ils s'est produit. Le propriétaire était présent et la lésion résulte du combat de cet animal avec un autre chien du propriétaire. Il attribue la luxation à un coup de dent.

Le globe oculaire est entièrement sorti de la cavité orbitaire, les paupières contractées derrière celui-ci enserrant les muscles moteurs de l'œil et les organes normalement placés dans la gaine oculaire. La tension oculaire est augmentée ; la cornée est opalescente et fortement desséchée, elle présente ça et là des éraillures ; la sclérotique disparaît sous une vaste hémorragie située entre elle et la conjonctive, elle présente une teinte rouge uniforme. La région orbitaire est le siège d'un œdème modéré. C'est la première fois qu'un chien porteur de cette lésion nous est présenté et en raison des lésions de la cornée, du temps écoulé entre l'accident et notre intervention, nous décidons l'ablation de l'organe. Celle-ci est acceptée de suite par le propriétaire de l'animal, qui est loin de penser que pareille lésion soit susceptible d'amélioration.

Le chien étant anesthésié au chloroforme, l'ablation de l'œil est faite selon le mode opératoire classique. L'hémorragie est arrêtée et une suture des paupières, à points séparés, est pratiquée, après avivement des bords au bistouri. Un pansement couvert est appliqué et les soins antiseptiques nécessaires sont donnés pendant quatre jours. On éprouve beaucoup de difficultés à faire supporter le pansement couvert et le cinquième

jour au matin, le propriétaire trouve son chien sans pansement et les points de suture arrachés. Devant l'aspect répugnant de la plaie orbitaire et en raison de l'indocilité du malade, le propriétaire renonce au traitement et demande l'abatage de son chien.

A la suite de cette intervention, nous nous décidons à tenter par la suite la conservation de l'œil dans un pareil cas, si les lésions ne sont pas plus considérables.

OBSERVATION II. — Chien de race brabançonne atteint de luxation du globe oculaire dans des conditions analogues à celles du cas précédent. Ce chien s'est trop approché d'un autre chien occupé à manger sa pitance, ce dernier a bondi sur le premier et avant que celui-ci ait pu battre en retraite, d'un seul coup de mâchoire, lui a énuclé l'un des yeux.

L'accident s'est produit en présence du propriétaire qui est stupéfait de la rapidité avec laquelle la luxation a été réalisée.

Celle-ci remonte à une demi-heure ; le propriétaire, après avoir vaguement essayé de remettre l'œil dans son orbite, s'est rendu compte de son impuissance et est venu nous consulter.

Les lésions constatées sont les suivantes : ectopie totale du globe oculaire, constriction du muscle orbiculaire des paupières en arrière de l'œil, opalescence de la cornée, hémorragies sous-conjonctivales abondantes dans la région de la sclérotique; la cornée commence à se dessécher mais ne présente pas d'éraillures, ni de pertes de substance.

Après anesthésie au chloroforme, le globe oculaire, après lavage et désinfection préalable de sa surface, sous l'action de pressions modérées avec les doigts, réintègre la cavité orbitaire. Nous notons à ce moment

une véritable aspiration du globe oculaire vers le fond de l'orbite, comparable à ce qui se produit lorsque, approchant un aimant d'une aiguille d'acier, on arrive à la distance maxima à partir de laquelle l'attraction se déclanche.

Avec le manche métallique d'un bistouri formant spatule, nous vérifions l'intégrité des sinus conjonctivaux.

Une suture des paupières est faite et en raison de la réduction extrême de la face chez ce sujet, ce qui donne à la tête une forme globuleuse très accusée, il est très difficile de faire un pansement couvert et nous y renonçons.

Des compresses humides, chaudes et légèrement antiseptiques sont ordonnées pour combattre l'infiltration œdémateuse de la région. Au bout de quatre jours, les points de suture sont enlevés, le chien, très soumis à son maître, n'a pas touché à la suture. La cornée est presque normale, c'est à peine si on note une légère opalescence vers son milieu et tout semble devoir aller pour le mieux ; l'hémorragie qui couvre la sclérotique est en voie de résorption.

Le globe oculaire a conservé sa mobilité, l'iris se contracte sous l'action de la lumière et la vision paraît subsister dans l'œil traumatisé.

Par précaution et en prévision d'une inflammation de la cornée, nous ordonnons l'instillation dans cet œil de quelques gouttes d'un collyre à l'argyrol, trois fois par jour. Le septième jour après l'accident, notre malade nous est représenté. Sur la cornée, vers le centre, apparaît une petite dépression cupuliforme nettement arrondie, à bords légèrement saillants : un ulcère de la cornée est en évolution.

Le traitement institué est le suivant : lavages de l'œil,

3 fois par jour, avec une solution de cyanure de mercure à 1 pour 2.000, instillation de quelques gouttes d'un collyre à l'ésérine 1 pour 200, trois fois, par jour pour combattre l'augmentation de la tension intra oculaire et prévenir la formation d'un kératocèle. Des compresses d'eau bouillie aussi chaudes que possible, sont appliquées dans l'intervalle entre les lavages, aussi prolongées et répétées que possible. Quelques gouttes d'un collyre au bleu de méthylène à 1 pour 100 sont introduites dans l'œil malade toutes les deux heures six fois par jour.

Sous l'influence de ce traitement, fait avec grand soin par le propriétaire qui a des notions d'asepsie, l'ulcère rétrograde petit à petit et dix jours plus tard, la plaie de la cornée est cicatrisée. A la place de l'ulcère, on note une raie blanchâtre nettement opaque ; celle-ci est traitée par la pommade à l'oxyde jaune de mercure dont on introduit gros comme un grain de blé entre les deux paupières matin et soir.

Quinze jours après, nous notons une légère amélioration : la taie est un peu moins opaque, plus réduite, ses limites sont moins nettes, le pourtour est nuageux. Nous cessons tout traitement en pronostiquant une amélioration certaine dans quelques mois.

Ce chien nous a été représenté par la suite, six mois environ après son accident ; à l'emplacement de l'ulcère, il ne restait qu'un léger nuage, à travers lequel on distinguait facilement la pupille et l'iris. La vision paraissait intacte. Nous n'avons pas revu ce malade par la suite, mais nous avons appris par son propriétaire que ce chien avait été vendu trois ans après son accident, sans que l'acheteur ait eu son attention attirée par l'aspect de l'œil autrefois luxé. Ceci nous donne à penser que la lésion qui subsistait à notre dernier examen,

s'était à la longue de beaucoup améliorée, sous la seule influence du temps. La vision dans les deux yeux était demeurée intacte.

OBSERVATION III. — Chien de race brabançonne atteint de luxation du globe oculaire après contusion par un véhicule automobile ; l'animal a roulé sous la voiture et a été relevé porteur de la lésion avec laquelle il nous est présenté.

La luxation date de trente-six heures quand le chien nous est amené. Les lésions relevées sont analogues à celles du cas précédent mais la cornée est fortement desséchée, bien qu'à plusieurs reprises le propriétaire de l'animal ait essayé de la recouvrir avec de la vaseline. Nous constatons une vive sensibilité au niveau de la fosse temporale et du pourtour orbitaire.

Après anesthésie, la réduction est obtenue sans grande difficulté ; une suture est pratiquée. Le traitement conseillé est le suivant : compresses très chaudes avec une solution concentrée d'acide borique, aussi nombreuses et prolongées que possible ; instillations de quelques gouttes de collyre au bleu de méthylène à 1 pour 100, 3 fois par jour, par les commissures palpébrales non suturées.

Au bout de quatre jours, les deux points de suture sont enlevés ; malgré un léger voile uniforme de la cornée qui n'empêche pas de distinguer l'iris, notre pronostic est favorable. Comme traitement, on continue l'instillation du collyre au bleu de méthylène, trois fois par jour.

Les suites de la luxation chez ce chien, malgré notre intervention tardive, sont très satisfaisantes ; l'animal est revu par nous quinze jours plus tard, sur notre initiative et non sur la demande du propriétaire. Il y a

une amélioration manifeste dans la lésion de la cornée qui s'accroît encore par la suite ; trois mois après il ne persiste qu'un léger voile discontinu, bleuâtre sur la cornée. La vision est conservée dans l'œil luxé ; après application d'un bandage sur l'autre œil, le chien se déplace sans aucune hésitation ni maladresse ; les contractions de l'iris sous l'action de la lumière sont normales.

Nous nous promettons d'examiner ce sujet à intervalles réguliers pour voir si l'œil atteint ne serait pas par la suite le siège de complications tardives, mais six mois après son accident, le chien est trouvé mort un matin par son propriétaire, après avoir présenté brusquement la veille au soir des troubles digestifs. Ceux-ci sont attribués, par le propriétaire, à un empoisonnement par malveillance.

OBSERVATION IV. — Chien sans race précisée, s'approchant un peu du type fox à poil lisse. C'est le premier chien à face normale, non réduite, qui nous est présenté atteint de luxation du globe oculaire.

La lésion est toute récente, elle date tout au plus d'une demi-heure. La propriétaire du chien, une femme âgée, dont l'animal est presque la seule compagnie, a vu revenir son chien ainsi blessé, un quart d'heure environ après avoir constaté son absence. Sans en avoir aucune preuve, elle attribue cet accident à la malveillance d'un voisin qui aurait porté un coup à son chien dans la région de l'œil. C'est là une supposition toute gratuite.

Le même traitement que dans les cas ci-dessus est appliqué, mais la région de la fosse temporale est très sensible à l'exploration.

Les lésions constatées sont relativement bénignes et,

étant donné le peu de temps écoulé entre le moment de l'accident et celui de l'intervention, nous escomptons un résultat heureux de celle-ci.

Quatre jours après, nous enlevons les points de suture. Nous notons un trouble assez accusé de la cornée et une hypertension notable du globe oculaire ; l'hémorragie de la sclérotique est en régression. A un examen plus minutieux de la surface de l'œil, nous remarquons l'apparition dans la cornée de petits vaisseaux sanguins longs et flexueux, d'origine conjonctivale, et de ce fait, notre pronostic s'assombrit.

Nous instituons un traitement par des compresses chaudes d'eau boriquée et les instillations de collyre au bleu de méthylène (1 pour 100), tout en recommandant une grande propreté dans les pansements.

Notre malade est revu quelques jours plus tard, un ulcère est apparu vers le pourtour supérieur de la cornée. Incidemment, nous apprenons par des voisines présentes lors de notre visite, que la propriétaire du chien, personne bornée et peu intelligente, n'a guère soigné son animal. Nous avons d'ailleurs l'occasion de voir comment les pansements ont été faits : ayant voulu faire un pansement nous-mêmes, le matériel employé nous est présenté ; celui-ci se compose d'une casserole repoussante de saleté dans laquelle flotte un morceau de laine arraché probablement à un matelas ; ce morceau de laine malpropre a probablement servi à tous les pansements qui ont été faits.

Devant ces conditions si défavorables, nous hésitons à continuer les soins que nous donnons à l'animal. D'autre part, la propriétaire du chien, peu fortunée, ne paraît pas disposée à continuer le traitement. Mais en raison de l'intérêt que présente ce malade, nous nous offrons à le revoir gratuitement.

Comme traitement, nous nous bornons à continuer les instillations de collyre au bleu de méthylène.

Quatre jours plus tard, nous trouvons un ulcère perforant avec hernie de l'iris ; celui-ci a obturé la perforation de la cornée ; cette membrane, bien que très déformée, n'est pas affaissée. Il y a dû avoir écoulement de l'humeur aqueuse, puis la perforation ayant été obturée par l'iris, celle-ci s'est reformée. Nous conseillons des lavages abondants avec la solution de cyanure de mercure à 1 pour 2000, sans grand espoir de voir le traitement effectué correctement.

Notre malade est revu huit jours après ; la cicatrisation de la cornée est presque obtenue, la partie herniée de l'iris est très réduite, elle est comme flétrie. Rien n'est changé au traitement.

Ce chien est revu une dernière fois quinze jours plus tard environ. La cornée est cicatrisée ; à l'endroit de la cicatrice se trouve une taie blanche fortement opaque au centre de laquelle on remarque la trace noirâtre de l'iris adhérent à la cornée. Nous constatons de l'hydrophtalmie très prononcée.

Malgré les résultats peu satisfaisant obtenus, et persuadés que cette cicatrice irrégulière et inesthétique s'améliorera à la longue, nous considérons ceux-ci comme préférables à l'énucléation de l'œil.

Nous avons l'impression très nette qu'avec un propriétaire moins borné, le traitement aurait été mieux fait et les résultats auraient sans doute été meilleurs.

OBSERVATION V. — Il s'agit d'un chien fox terrier assez âgé : 8 ans environ, qui a été écrasé par une automobile et qui a été relevé avec un œil énucléé et les deux membres postérieurs fracturés. La cornée du globe énuclé présente une déchirure assez régulière

d'un demi-centimètre de long environ, par laquelle s'est écoulée l'humeur aqueuse et l'iris a fait hernie.

A notre avis, cette déchirure est une lésion secondaire; l'œil, par un premier choc, a été énucléé, et un deuxième choc a lésé la cornée. Nous relevons d'ailleurs des contusions multiples sur tout le corps. Nous notons une vive sensibilité de la fosse temporale et du pourtour orbitaire. Le chien nous est amené de suite par le propriétaire qui a assisté à l'accident. Ce dernier ne désire pas faire traiter son chien et demande l'abatage. Malgré l'intérêt que présenterait pour nous la réduction de l'œil énucléé et le traitement des suites qu'amènerait la déchirure de la cornée, en présence de la fracture des membres postérieurs, nous renonçons au traitement et nous supprimons le malade.

L'autopsie nous permet de déduire le mécanisme de production des lésions constatées. Le muscle crotaphite présente, dans son épaisseur, des effusions sanguines; la gaine oculaire renferme un gros caillot sanguin — le muscle droit postérieur est hémorragique.

Il s'agit dans ce cas d'une luxation du globe oculaire par traumatisme violent sur la région de la fosse temporale.

OBSERVATION VI. — Ce cas offre une grande analogie avec le précédent. Il s'agit d'un chien de petite taille, sans race, qui a été blessé dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire au passage d'une automobile. Il nous est amené aussitôt après l'accident. Mais l'œil seul a été touché; les membres sont intacts et on ne relève sur le corps que des contusions relativement légères. La cornée présente une déchirure d'un centimètre environ, n'intéressant que les toutes premières couches de la cornée : celle-ci résiste bien à la tension interne et n'est pas déformée.

La réduction du globe oculaire n'est tentée qu'après anesthésie confirmée, pour éviter autant que faire se peut, la résistance du muscle orbiculaire des paupières, laquelle nécessiterait, pour être surmontée, des pressions dont l'intensité pourrait augmenter la déchirure de la cornée.

Autant qu'il est possible de le faire, les pressions sont exercées à l'endroit même de la déchirure et non à côté, ce qui pourrait créer une surpression entre ses lèvres et amener la sortie des milieux de l'œil.

Le résultat désiré est obtenu sans aggravation sensible de la plaie cornéenne. Une désinfection particulièrement sérieuse de celle-ci et de tout le globe oculaire, a été faite au préalable avec une solution de cyanure de mercure à 1 pour 2000. Puis la plaie est touchée légèrement à la teinture d'iode pour compléter la désinfection.

Arrivé à ce moment de l'intervention, une question se pose. Faut-il suture les paupières et perdre de vue pendant quatre jours la lésion, ou vaut-il mieux ne pas faire de suture pour pouvoir traiter la plaie cornéenne en toute connaissance de cause ? Notre perplexité est grande, mais nous nous rappelons que les médecins de l'homme, ou tout au moins certains médecins utilisent avec succès la suture des paupières dans le traitement des plaies et des ulcères cornéens. Nous nous décidons pour ce mode d'intervention et nous pratiquons la suture habituelle des paupières par deux points séparés ne traversant pas les bords palpébraux dans toute leur épaisseur. Cette suture permet la pénétration, par les commissures palpébrales, des solutions médicamenteuses que l'on désire utiliser au cours du traitement. Celui-ci est basé sur l'introduction, dans les commissures palpébrales, 5 fois par jour, de quelques gouttes d'un collyre à l'argyrol à 5 pour 100.

Quatre jours après (délai au bout duquel nous enlevons habituellement la suture), devant l'aspect satisfaisant du malade, nous nous décidons à laisser la suture pendant quelques jours encore. Il n'y a pas de larmolement, par d'œdème des paupières et la sensibilité de l'œil au toucher est peu accusée. Autant que l'on peut en juger, la cicatrisation de la plaie cornéenne doit être en bonne voie. Le traitement est continué sans changement.

Neuf jours après la réduction de la luxation, la suture est enlevée ; la plaie cornéenne est en voie de cicatrisation ; elle est indiquée par une cicatrice blanchâtre bien régulière et plate qui n'est pas trop disgracieuse et s'atténue d'ailleurs par la suite.

Nous n'avons eu qu'à nous louer de la suture des paupières dans le traitement de la plaie cornéenne. Peut-être même a-t-elle évité la formation d'un kératocèle et la perforation de la cornée ?

Nous aurions souhaité pouvoir suivre l'évolution de la taie cicatricielle chez cet animal, mais notre client quitte la région un mois plus tard et son chien n'est plus revu.

OBSERVATION VII. — Il s'agit d'un chien bruxellois, dont le propriétaire possède quatre autres chiens. Ceux-ci s'ébattaient dans la cour qui leur sert de chenil quand leur maître a entendu le bruit d'une bataille, suivie d'abolements plaintifs ; il est accouru immédiatement et a trouvé un de ses chiens porteur d'un globe oculaire entièrement ectopié.

Le traitement est appliqué une demi-heure après l'accident.

Nous ne décrivons pas cette observation dans son entier, car elle rappelle presque entièrement l'observa-

tion II par les lésions constatées, le traitement appliqué et les résultats obtenus, avec cette différence que l'ulcère cornéen qui se développa, était très petit et à bords très peu saillants. Une taie blanchâtre, de la grosseur d'un gros grain de plomb, fut le reliquat de cet ulcère : elle s'atténua petit à petit et n'était plus, un an après, qu'une légère opalescence.

OBSERVATION VIII. — Un fox très hargneux a cherché dispute à un autre chien qui passait en compagnie de son propriétaire. Celui-ci, voyant que son chien a le dessous et va être malmené par l'autre, chasse ce dernier, avec sa canne, sans violence excessive. Le fox revenant une deuxième fois est encore plus menaçant et le propriétaire du chien attaqué, excédé, lui envoie un vigoureux coup de canne avec le pommeau de celle-ci ; le coup a porté violemment en arrière de l'œil ; cette fois, le fox s'enfuit, mais l'œil traumatisé a jailli hors de l'orbite.

Ce chien nous est amené dix-huit heures après l'accident ; l'œil ectopié ne présente pas d'altérations graves, à part une dessiccation importante de la cornée.

La réduction est effectuée par les procédés habituels et la suture des paupières est pratiquée.

Quatre jours plus tard, après avoir enlevé les deux points de suture, nous trouvons sur toute la cornée un voile blanchâtre, nuageux, permettant néanmoins de distinguer l'intérieur de l'œil. Ce voile rappelle celui que l'on peut constater lorsque des poussières irritantes sont arrivées au contact de la cornée. Le pronostic est favorable. Comme traitement, nous ordonnons l'instillation, trois fois par jour, de quelques gouttes d'un collyre à l'argyrol à 1 pour 100.

Les suites de l'accident sont bénignes et le voile de

la cornée s'atténue petit à petit. Un mois après l'accident, il est presque entièrement dissipé.

OBSERVATION IX. — Il s'agit d'un chien de petite taille, sans race, sortant seul bien souvent et qui, après une escapade dans la rue, revient chez son maître avec un globe oculaire énucléé. Nous n'avons aucune indication sur la cause de la luxation. Il n'y a pas de plaie de la cornée. La luxation est réduite trois heures environ après l'accident.

Les suites furent comparables à celles du cas précédent et six mois plus tard, la cornée de l'œil atteint ne différait en rien de celle de l'œil non touché.

OBSERVATIONS RECUEILLIES

PRES DE NOS CONFRERES

Le Docteur Vétérinaire Duclaux, de Versailles, nous signale trois cas où il eut à intervenir pour le traitement de la luxation de l'œil.

« Fort embarrassé le premier cas, nous écrit-il, j'ai dû pour remettre l'organe en place, recourir à l'anesthésie générale, et c'est avec peine que j'ai réussi ».

Dans le deuxième cas, l'accident étant très récent, j'ai fait la réduction facilement et sous la pression des doigts, l'œil a repris sa place en claquant, comme attiré par un ressort de rappel. J'en ai conclu que si l'on intervient sans tarder et avant le gonflement des tissus, il suffisait d'attraper un tour de main spécial, car l'œil ne demande qu'à reprendre sa place, où il est retenu par l'élasticité de ses attaches.

Dans le troisième cas, j'ai eu recours à l'artifice suivant : après anesthésie locale, j'ai fait une petite incision intéressant toute l'épaisseur de la peau au niveau de la commissure externe, de façon à agrandir légèrement la fente palpébrale et avec une très légère pression des doigts, l'ectopie a été réduite ».

D'autres cas, ajoute-t-il, ont toujours été réduits avec succès.

Le Docteur Vétérinaire Mallet, de Paris, nous communique avoir pratiqué une fois, sur un pékinois, la réduction de la luxation du globe oculaire. Cette luxation remontait à 36 heures ; malgré la tardivité de l'intervention, la réduction ne fut suivie d'aucune complication.

PRONOSTIC ET CONCLUSION

De la lecture des observations qui précèdent, celles de nos confrères et les nôtres, la conclusion nous paraît facile à dégager et ne nous semble pas fournir beaucoup de matière à discussion.

Nous n'avons pas, dans le cas de luxation du globe oculaire, la possibilité de nous en remettre à dame nature qui parfois arrange si bien les choses, après l'avoir aiguillée sur la bonne voie par nos humbles moyens. Ici l'intervention active s'impose avec urgence.

Selon nous, dans la grande majorité des cas, l'intervention sera nettement conservatrice. Des lésions qui, à première vue, paraissent irrémédiables et semblent justifier l'énucléation immédiate du globe oculaire traumatisé, peuvent parfois, avec des soins judicieux et un peu de chance aidant, ne laisser finalement que des cicatrices assez acceptables, lesquelles, avec le temps, s'amanderont toujours un peu, au point de vue esthétique tout au moins. Et, pour le propriétaire, l'aspect esthétique de l'animal est souvent d'un grand poids dans l'intérêt qu'il lui porte et dans la décision qu'il prend, ou de le faire soigner, ou de le faire abattre. Dans les cas graves, où le globe oculaire hernié présente des lésions importantes, la vision ne sera certainement pas conservée dans cet œil, mais pour le propriétaire de l'animal ceci entre peu en ligne de compte ; ce qu'il demande surtout, c'est qu'au point de vue esthétique, son animal favori se rapproche le plus possible, après notre intervention, de ce qu'il était auparavant. Pour la vision, l'œil intact y pourvoiera et quiconque a quelque peu observé la façon de se diriger des chiens, a bien vite remarqué que ces animaux ne demandent pas au sens de la vue tout ce que l'homme lui réclame.

Le chien qui cherche son maître utilise, pour le retrouver, son odorat, de préférence au sens de la vue.

Il ne faut pas oublier non plus que l'aspect de la cavité orbitaire dépourvue du globe oculaire est nettement inesthétique et, qu'il est en règle générale, très difficile de cacher celui-ci par la suture des paupières après l'énucléation de l'œil. Le propriétaire d'un animal ainsi traité se lasso vite d'un sujet défiguré et, bien souvent, le fait sacrifier au bout de peu de temps. L'orbite devient d'ailleurs le réceptacle des poussières atmosphériques et est rapidement le siège continu de sécrétions muco-purulentes qui souillent la face de l'animal et font souvent de celui-ci un objet de répulsion. Quant à l'utilisation d'un œil artificiel, pour compenser esthétiquement l'énucléation de l'œil perdu, si elle a pu être quelquefois réalisée, il faut bien convenir que, dans l'immense majorité des cas, cette protèse ne sera pas réalisable en raison de l'indocilité habituelle de nos malades et des soins hygiéniques journaliers qu'elle nécessiterait.

A notre avis, dans la plupart des cas, au point de vue esthétique, la conservation d'un globe oculaire gravement endommagé, perdu même au point de vue de la vision, est préférable à la vacuité de l'orbite, même lorsque la suture palpébrale aura pu être réalisée. Le moignon oculaire qui subsiste dans la cavité orbitaire, lorsqu'il ne diffère pas par trop comme volume de l'œil intact, et s'il n'est pas le siège de cicatrices, de taches trop étendues ni trop blanchâtres, lorsque la sclérotique n'est pas trop apparente, donne une impression assez voisine de celle de la partie de l'œil normalement visible entre les paupières.

L'aspect le plus défavorable de ce moignon est surtout dû aux taches trop nettement visibles et par leur couleur et par leur surface ; mais il ne faut pas oublier que

des opacités étendues et très prononcées de la cornée, même abandonnées à elles-mêmes, sont presque toujours améliorées, avec le temps, dans des proportions inespérées.

Les cicatrices inesthétiques qui se traduiraient par des taies persistantes d'une teinte blanche trop accusée et qui résisteraient à l'action amélioratrice du temps, pourraient d'ailleurs être masquées, ou tout au moins atténuées, par le tatouage, ainsi qu'on le fait chez l'homme.

Knapp préconise un procédé original qui consiste dans l'ablation de la partie la plus superficielle de la taie et son imprégnation par une solution à 2 pour 100 de chlorure d'or qui est réduit au bout de quinze minutes et donne à la cornée une coloration brun foncé ou noire.

Ce sont là des interventions délicates, qui présentent bien des aléas, mais qui pourraient être tentées par le vétérinaire traitant, après avoir prévenu toutefois le propriétaire de l'animal de tous les risques que ces interventions peuvent comporter.

Nous hésitons d'autant moins à préconiser une intervention conservatrice dans la grande majorité des cas, même dans ceux qui sont presque désespérés, en raison de la possibilité où l'on se trouve toujours d'énucler un œil atteint de panophtalmie grave, avant que celle-ci ait pu avoir une influence sérieuse sur l'organisme : le danger de septicémie étant, ici, des plus réduits, sinon nul.

Quant au laps de temps qui s'est écoulé entre le moment où s'est produite la hernie du globe oculaire et celui où le malade est présenté, celui-ci ne pourra entrer grandement en ligne de compte dans l'établissement du pronostic. Dans certains cas où l'intervention a eu lieu,

trente-six heures après l'accident, la guérison a été obtenue facilement, sans suites graves ; dans un cas où la réduction du globe oculaire a pu être réalisée presque aussitôt après la luxation, nous avons assisté, par la suite, à l'évolution d'un ulcère profond de la cornée, à la hernie de la membrane de Descemet, à l'évacuation de l'humeur aqueuse et à la hernie de l'iris — et pourtant dans ce cas, la cornée n'avait pas subi d'altérations graves.

Sans pouvoir toutefois attendre de son intervention conservatrice, dans le cas de luxation du globe oculaire, des résultats favorables certains, le praticien pourra espérer, dans bien des cas, apparemment même défavorables, un résultat heureux de son intervention, ceci à la grande satisfaction de son client et au grand profit de sa réputation professionnelle.

N.-B. — Un grand nombre de cas de luxation du globe oculaire que nous avons signalés, ont été rencontrés sur des chiens de race brabançonne. Il n'y a pas lieu de considérer cette race comme particulièrement prédisposée à cet accident, la proportion élevée de cas constatés dans cette race tenant simplement à sa grande diffusion dans notre région.

Vu : Le Doyen,

H. ROGER

Vu : Le Président,

TERRIEN

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

HURTREL D'ARBOVAL. - Dictionnaire de médecine et chirurgie vétérinaires.

CHAUVEAU ARLOING ET LESBRE. - Traité d'anatomie comparée des animaux domestiques.

CUILLÉ ET SENDRAIL. - Exophtalmie complète chez la vache par sarcome encéphaloïde de la cavité orbitaire - Recueil d'Alfort 1899.

GRAY. - Veterinary and comparative ophthalmology.

MOTAIS. - Anatomie comparée des muscles de l'œil dans la série des Vertébrés.

NICOLAS. - Ophtalmologie vétérinaire et comparée (2^{ème} Edition).

TIEULIN. - Recherches sur le globe oculaire et sur la vision du chien et du chat - Thèse de doctorat vétérinaire, Paris 1927.

H. BOULEY. - Dictionnaire de médecine et chirurgie vétérinaires.



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
1° - Définition	11
2° - Particularités anatomiques qui prédisposent le chien à la luxation du globe oculaire	13
3° — Etiologie - Expérimentation	17
4° — Symptômes - Lésions	22
5° — Traitement	26
6° — Suites et complications de la luxation du globe oculaire - Traitement.	35
7° — Observations personnelles et autres	40
8° — Pronostic - Conclusion.	54
9° — Bibliographie	59



